

EMBARAZO Y GRIPE A (H1N1)

INFORMACION Y RECOMENDACIONES

Txanton Martínez-Astorquiza. Presidente de la Sección de Medicina Perinatal de la S.E.G.O.(Septiembre 2009)

Una investigación realizada en USA y publicada el 29 de julio 2009, en la revista The Lancet(1), ha indicado que las embarazadas infectadas por el virus H1N1 pandémico tienen un riesgo mayor de sufrir la forma grave o incluso mortal.

Este riesgo es mayor, particularmente en el segundo y tercer trimestre del embarazo, se ha notificado en éstas pacientes infectadas, un aumento de riesgo de muerte fetal o aborto espontáneo.

Dado que con la actual pandemia de Gripe A estamos en la situación de alerta pandémica Fase 6.2, según declaración de la OMS, donde determinadas medidas preventivas o de precaución y protección estándar son esenciales, así como la necesaria identificación de las personas con alto riesgo de complicaciones por la gripe para su mejor cuidado, derivación y tratamiento, conviene destacar que **todas las mujeres embarazadas, especialmente en el segundo y tercer trimestre**, son grupo especial de riesgo.

Efectivamente, las mujeres embarazadas, no solo parecen más susceptibles a la gripe A, sino que en ellas está especialmente aumentado el riesgo de complicaciones severas por una gripe que como tal no debería tener mayor importancia. Probablemente el riesgo está aumentado por los cambios fisiológicos del embarazo a nivel inmunológico, sanguíneo-cardiovascular, pulmonar-respiratorio, etc, asociado a determinadas patologías previas (especialmente asma) quizá no bien detectadas, tratadas o subyacentes(2,3)

Aunque efectivamente parece demostrado un mayor riesgo en pacientes embarazadas, desde mi punto de vista, los obstetras debemos ser prudentes y no alarmistas frente a ésta pandemia. Afortunadamente, hasta el momento los nuevos casos no son numerosos y las repercusiones negativas han sido también limitadas.

No obstante, no debemos bajar la guardia frente a un posible recrudecimiento de éste brote en el cercano otoño.

El objetivo de éste documento es recoger la información disponible hasta la fecha, intentar enumerar unas recomendaciones básicas para actuar en los casos de embarazo con gripe A.

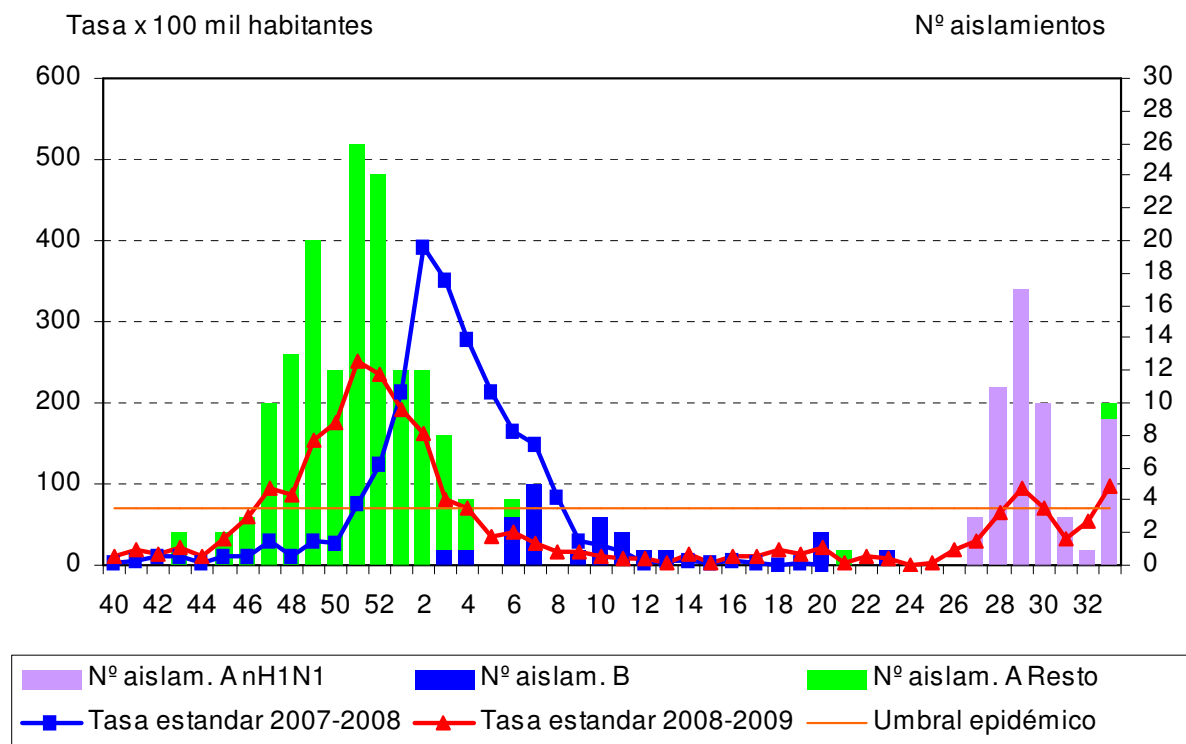
Por otra parte, éste documento tendrá carácter informativo provisional, teniendo en cuenta que, desconocemos la evolución que tendrá la incidencia de ésta infección en los próximos meses y también a la espera de la llegada de las nuevas vacunas, de las que desconocemos, si serán inocuas para las gestantes o por el contrario pudieran tener algún efecto teratogénico.

SITUACION ACTUAL DE LA PANDEMIA GRIPAL

Los datos que presento en el siguiente apartado, acerca de la pandemia gripal, en la Comunidad Autónoma del País Vasco, España, Europa y Australia han sido cedidos por la Dirección de Salud Pública del Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco, con fecha del 31 de agosto de 2009 (4).

Situación Comunidad Autónoma del País Vasco

Tasa de gripe por 100.000 habitantes y aislamientos de virus gripales por semana epidemiológica. Semana 33.



Durante la temporada 2008-2009 se alcanzó el pico de actividad gripal durante la semana 51/2008 (14-20 de diciembre de 2008) con una tasa de 235 casos por 100.000 habitantes. Se produjo un repunte de actividad gripal, con una tasa de 95 casos por 100.000 habitantes, superior al umbral basal (representado por la línea naranja) de la temporada (71 casos por 100.000 habitantes), durante la semana 29/2009 (19-25 de julio de 2009). Durante las tres últimas semanas la actividad gripal se ha mantenido por debajo del umbral basal. Durante las semanas 32 y 33 ha vuelto a incrementarse la actividad superando en la semana 33 este umbral .

Notas explicativas:

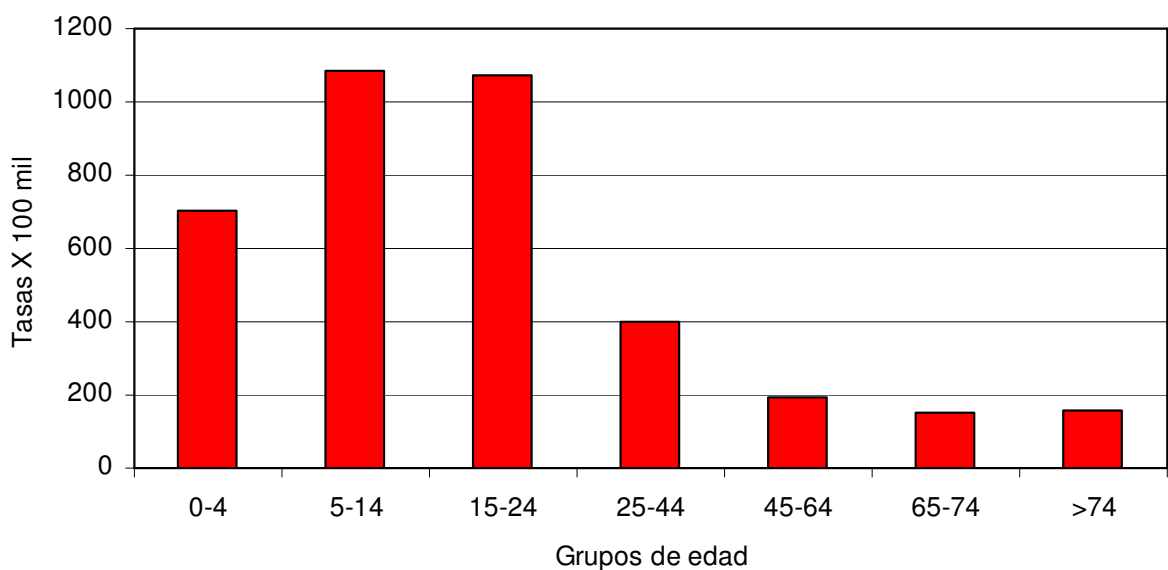
La línea azul representa la tasa semanal de gripe por 100.000 habitantes de la temporada **2007-2008** desde la semana 40/2007 (30 de septiembre-6 de octubre de 2007) a la semana 20/2008 (17-23 de mayo de 2008). El pico de actividad gripal de esta temporada se alcanzó durante la semana 2/2008 (7-13 de enero de 2008) con una tasa de 391 casos por 100.000 habitantes.

La línea roja representa la tasa semanal de gripe por 100.000 habitantes de la temporada **2008-2009** desde la semana 40/2008 (28 de septiembre -4 de octubre de 2008) hasta la semana 32/2009 (9-15 de agosto de 2009). Esta temporada 2008-2009 se ha activa la red de médicos centinela después de la semana 20/2009 para monitorizar la evolución del nuevo virus de la gripe A/H1N1.

Las columnas representa el número de aislamientos de virus de la gripe a partir de muestras obtenidas por los médicos vigía de la CAPV. Las columnas verdes representan a los virus del tipo A que se aíslan habitualmente durante el invierno. Las columnas azules representan a los virus de gripe del tipo B, que suelen ser más frecuentes a finales de la temporada de gripe estacional. Las columnas moradas representan los aislamientos de virus de la nueva gripe.

Tasa de gripe por grupos de edad desde la semana 20/2009 hasta la semana 33/2009.

Las tasas acumuladas de gripe por grupos de edad muestran que los menores de 25 años de edad son los más afectados en este periodo de tiempo. La tasa acumulada de gripe en personas de 65 años o más es la más baja.

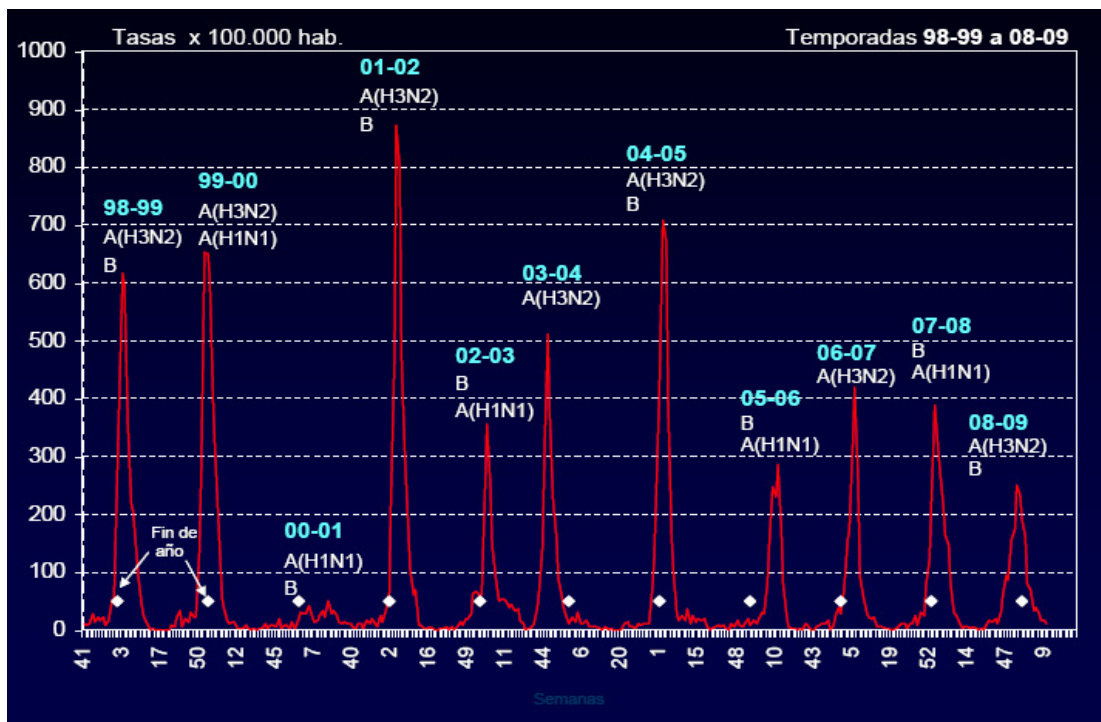


Casos hospitalizados. Nueva Gripe A CAPV

Desde el 25 de abril hasta el 25 de agosto de 2009 se han registrado 75 casos hospitalizados. 64% eran hombres y 36% mujeres, con edad media de 35 años. La estancia media es de 5 días.

Se han notificado 6 ingresos en UCI. La estancia media en UCI es de 10,6 días.

EVOLUCIÓN DE LA GRIPE ESTACIONAL EN LA CAPV DESDE 1998



Situación actual España

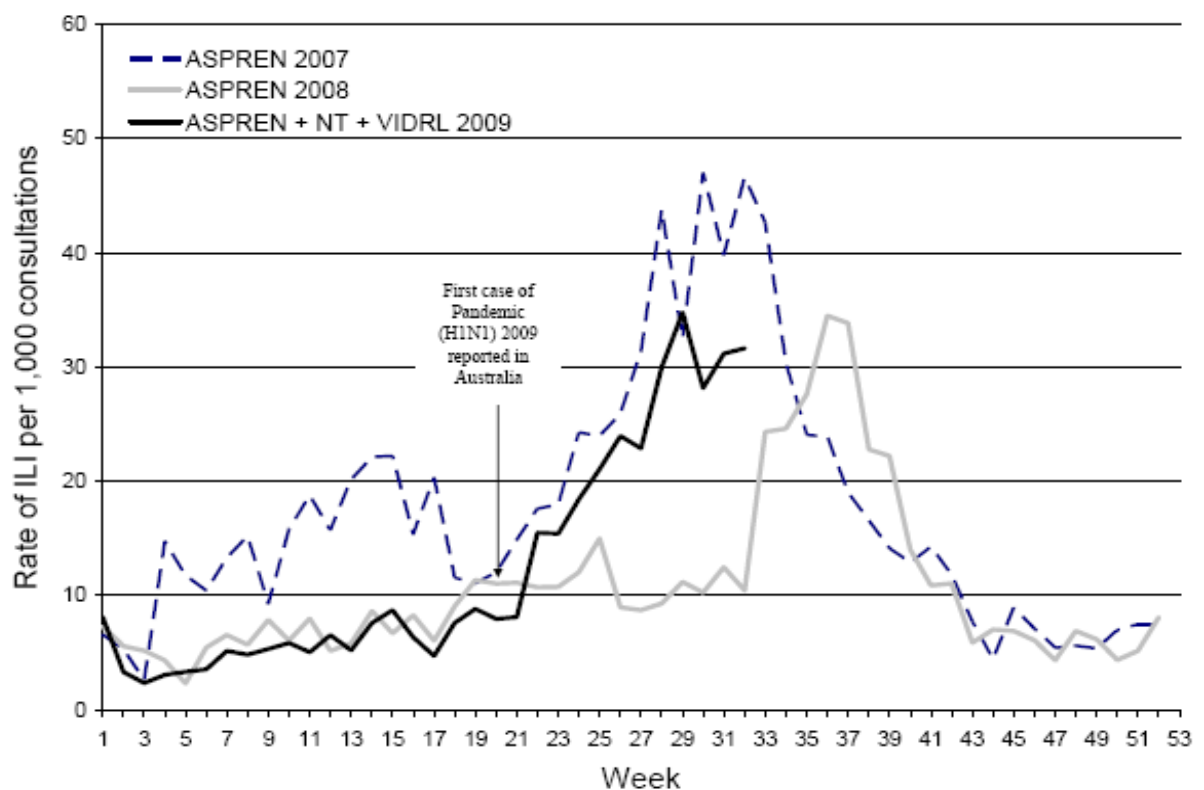
En la semana del 16 al 22 de Agosto estamos en 41,17 casos por 100.000. Lo que supone 18.398 casos semanales del grupo clínico de los cuales el 82% han resultado, por laboratorio, casos del nuevo virus de la gripe A. desde que se inicio la actual pandemia han sido 114 los casos graves hospitalizados en UCI. En esa semana permanecían ingresados en Unidades de Cuidados Intensivos 26 personas.

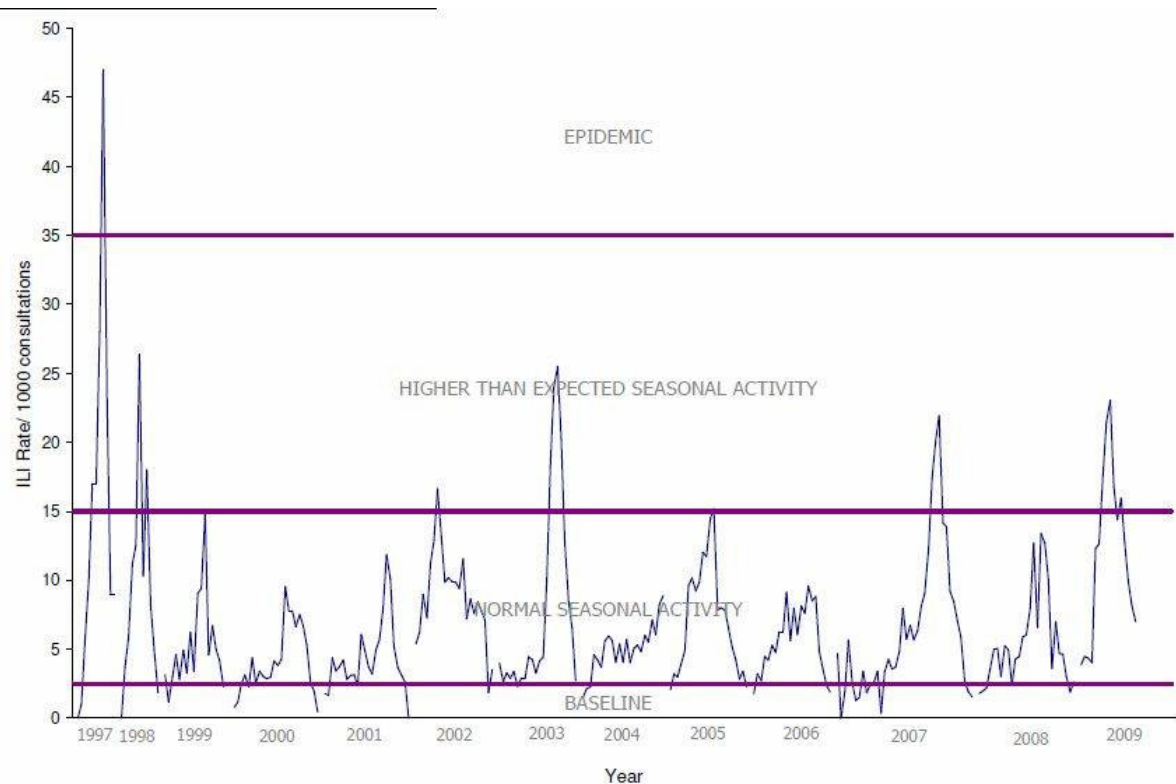
Situación actual en Europa

En Reino Unido(Inglaterra), por tercera semana consecutiva ha descendido el número de casos. En Bulgaria, Irlanda, Polonia y Suecia ha continuado aumentado su actividad gripal. El 84% de los aislamientos son debidos a el Virus An(H1N1)

Situación actual en Australia

La época de mayor incidencia de gripe se situa en Australia entre los meses de Mayo a Septiembre. En este momento la incidencia de gripe se mantiene estable e inferior a la epidemia del 2007. el virus predominante en el 80% de los casos es el An(H1N1)





Hasta aquí, datos informativos de la situación actual. Estos datos, sobre todo son los relativos a la comunidad autónoma en la que trabajo, pero en que cierto modo podrían ser superponibles a los del resto de España. Aunque fuentes del del Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco comunican una incidencia de 142 por 100.000 casos, lo que triplicaría la tasa del resto de España(5 de septiembre de 2009)

En las siguientes páginas, vamos a proponer algunas de las actuaciones médicas respecto a las embarazadas con gripe A(H1N1), basándonos en evidencia científica y algunos protocolos de hospitales españoles, que citaremos referencias bibliográficas.

RECOMENDACIONES

1. MEDIDAS PREVENTIVAS

Las mujeres embarazadas deberán tomar las mismas medidas preventivas que la población general para evitar el contacto, entre ellas cabe destacar:

- Lavarse con frecuencia las manos con agua y jabón, pudiéndose emplear también soluciones hidroalcohólicas. Se debe evitar, en la medida de lo posible, tocarse ojos, nariz y boca.
- Las mujeres embarazadas deben evitar el contacto con sujetos que presenten fiebre y/o cuadros clínicos de infección respiratoria.
- las gestantes deben evadir las grandes aglomeraciones de público, en especial los espacios cerrados.

2. PROFILAXIS CON ANTIVIRALES EN LA EMBARAZADA

La profilaxis con antivirales debe reservarse para situaciones muy concretas en caso de pandemia, y de alto riesgo para la mujer embarazada. Debido, principalmente, a que no hay datos disponibles sobre la seguridad del uso repetido de los fármacos empleados.

Por tanto, se debe reservar la indicación de profilaxis para mujeres embarazadas que se expongan sin protección a menos de 1 metro de un caso sospechoso o confirmado de infección por Gripe A, y que presenten una situación de riesgo de complicación de la infección gripal (mujeres con cuadros de inmunosupresión o enfermedades crónicas debilitantes, especialmente del aparato respiratorio).

Una vez establecida la indicación de la profilaxis, ésta debe iniciarse lo más precoz posible, antes de las primeras 48 horas.

La pautas del tratamiento profiláctico de la Gripe A en las mujeres embarazadas son:

- La Agencia Española de Medicamentos del Ministerio de Sanidad recomienda de primera elección el uso de **Zanamivir (Relenza®)**, 2 inhalaciones juntas de 5 mg cada 24 horas durante 10 días; excepto en aquellas pacientes que padezcan enfermedades respiratorias con riesgo de broncoespasmo.
- El **Oseltamivir (Tamiflu®)** tiene como pauta de profilaxis postexposición 75 mg vía oral cada 24 horas durante 10 días.

NOTA: antes de iniciar un tratamiento antivírico (Oseltamivir o Zanamivir) debe advertirse a la paciente que no hay datos sobre su seguridad en mujeres embarazadas. Sin embargo, durante los últimos años se han utilizado y no se han comunicado efectos adversos sobre el feto. Esto hace necesario consensuar con la paciente el inicio del tratamiento.

En opinión de éste panel de expertos, los beneficios del tratamiento y quimioprofilaxis expuestos en el presente documento, superan los posibles riesgos. (5,6,7)

3. CRITERIOS CLÍNICOS DE SOSPECHA DE INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA GRIPE NUEVA

Los criterios clínicos de sospecha en la mujer embarazada son los mismos que se han descrito para la población general y se resumen a continuación(6):

1. Fiebre de > 38°C y síntomas de infección respiratoria aguda:

- tos
- dificultad respiratoria
- cefalea
- rinorrea
- dolor de garganta
- mialgias
- malestar general
- el cuadro puede acompañarse de náuseas, diarrea o vómitos.

2. Neumonía

4. PLAN DE ACTUACIÓN FRENTE A GESTANTE CON SOSPECHA DE GRIPE A.(5)

Todas las pacientes embarazadas que cumplan los siguientes criterios deben ser evaluadas en un centro hospitalario: paciente con datos clínicos de gravedad, cuadros de neumonía, fiebre elevada de manera sostenida en el tiempo y todas aquellas pacientes que no puedan ser atendidas en su Centro de Salud o Centro Extrahospitalario de Atención Urgente por falta de los siguientes requerimientos:

- 1) Realizar la toma y transporte de muestras para diagnóstico microbiológico.
- 2) Iniciar inmediatamente tratamiento con Oseltamivir si así se considera indicado.

Se considerará caso sospechoso de Gripe A a toda gestante que presente cuadro clínico de fiebre termometrada en domicilio o intraclínico mayor a **38°C** y al menos dos de los siguientes síntomas: tos, estornudos, rinorrea, mialgias, cefalea, odinofagia, malestar general, dificultad respiratoria, náuseas, vómitos u otros síntomas gastrointestinales.

Al igual que toda paciente embarazada que acuda por diagnóstico de neumonía. No se debe excluir un posible caso de Gripe A sólo porque no se conozca contacto de la embarazada con un caso, dado el momento en el que nos encontramos de la pandemia.

La paciente embarazada que acude al Servicio de Urgencias con los criterios anteriores, debe ser considerada como caso sospechoso de Gripe A, por lo que se valorará en el lugar habilitado para la anamnesis y exploración de dichos pacientes.

Los requerimientos mínimos que deben realizar todo aquel personal sanitario que esté en contacto con un posible caso de gestante con Gripe A es el uso de mascarilla quirúrgica y guantes, así como el uso de dicha mascarilla por parte de la paciente mientras se encuentre en dependencias públicas.

La valoración clínica de una mujer embarazada con síntomas de infección gripal debe incluir:

- Toma de constantes vitales (temperatura, tensión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria).
- Valoración de la saturación basal de oxígeno en sangre mediante pulsioximetría.
- Situación del nivel de conciencia.
- Presencia de síntomas que sugieran infección de vías respiratorias bajas y auscultación cardiopulmonar.

La realización de una radiografía de tórax se debe considerar sólo cuando los síntomas y signos de la paciente sugieran la posibilidad de neumonía. No existe contraindicación para realizar una radiografía de tórax en una mujer embarazada cuando se considere precisa.

Al pertenecer a los grupos de alto riesgo de complicaciones, se considera en este momento que en **todas las mujeres embarazadas** con sospecha de Gripe se debe realizar un estudio de diagnóstico microbiológico: **exudado nasal o nasofaríngeo** que se procesará para realización de Reacción en Cadena de la Polimerasa en Tiempo Real (RT-PCR).

Pero es importante recordar que un resultado negativo de la técnica de detección rápida de antígenos no excluye la infección por virus de la Gripe, al igual que el resultado negativo de la prueba de RT-PCR si el cuadro clínico es muy sugerente de esta infección.

Las complicaciones en forma de neumonía son más probables que aparezcan en las primeras 48-72 horas desde el inicio del cuadro clínico de Gripe.

5. CRITERIOS DE INGRESO PARA GESTANTES CON GRIPE A.(5)

Los criterios de ingreso hospitalario se basarán en la situación clínica de la paciente.

El embarazo, por si mismo, NO ES CRITERIO DE INGRESO. por lo que se procederá a ingresar a la paciente cuando presente alguna situación de gravedad asociada al embarazo, tales como:

- NEUMONIA viral, con o sin sobreinfección bacteriana. En este momento, está establecido el importante riesgo de evolución a neumonía y la mortalidad asociada a la misma (debido a la inmunosupresión fisiológica del embarazo, así como la restricción respiratoria dada la elevación mecánica del diafragma por el útero gestante)
- FIEBRE ELEVADA de manera sostenida en el tiempo resistente al tratamiento antipirético.
- DATOS CLÍNICOS DE GRAVEDAD como inestabilidad hemodinámica...
- ENFERMEDAD DE BASE en la gestante:
 - o **Cardiaca**. Aunque en la población general la hipertensión arterial (HTA) es la única enfermedad cardiaca que no entraña mayor gravedad si se sobreañade gripe A, así como en los casos de paciente hipertensa crónica y gestante que enferma de Gripe A. Sin embargo, la hipertensión gestacional constituye una situación de alto riesgo obstétrico en caso de que se adquiriera de Gripe A.
 - o **Endocrina** (incluida la diabetes mellitas tipo 1 o Diabetes Gestacional; Obesidad).
 - o **Pulmonar** (Displasia broncopulmonar y, sobretodo, ASMA o cualquier otra enfermedad respiratoria que predisponga al broncoespasmo).
 - o **Inmunodepresión**, por VIH o inducida por medicamentos (enfermedades dermatológicas, enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa, LES, artritis reumatoide... en tratamiento con corticoides).
 - o Enfermedades hematológicas, nefropatías, enfermedades neurológicas.

6. PROTOCOLO DE ACTUACIÓN CON LA GESTANTE INGRESADA POR GRIPE A.(5)

Durante el ingreso de una paciente gestante que sea caso-sospecha o caso-confirmado de Gripe A, CON CRITERIOS DE GRAVEDAD, la actitud a seguir será:

1. Aislamiento de la paciente mientras persista la clínica y, al menos, 24 horas más con la paciente afebril (se ha de desestimar la idea general de aislamiento intrahospitalario de 7 días -que es la duración habitual del período de transmisión-, por una VALORACIÓN INDIVIDUAL del caso, pudiendo acortarse o prolongarse la estancia hospitalaria según la evolución, más o menos favorable, de la paciente.
2. Se ha de recordar que todas las medidas de prevención e higiene se desarrollarán de la misma forma que con los pacientes no gestante.
3. Control de constantes (TA; FC y TEMPERATURA por turnos).
4. Valoración de la frecuencia respiratoria y pulsioximetría por turnos.
5. Evolución del estado de consciencia diario.
6. Auscultación cardiopulmonar diario, preferiblemente realizada por el Servicio de Medicina Interna. Ante la aparición de signos clínicos sugerentes de neumonía, se procederá a la realización de una radiografía de tórax a la paciente, ya que es muy importante el diagnóstico precoz de la misma dada la gravedad que la neumonía viral o bacteriana reviste en la gestante con Gripe A.
7. Se realizará un control analítico a la paciente cada 24 horas para evaluar posibles variaciones en los parámetros infecciosos.
8. Las matronas realizarán registro cardiotocográfico por día, y en caso de no precisarse según la edad gestacional de la paciente; se realizará un evaluación del latido cardíaco fetal, por lo menos, una vez al día.

7. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LA GESTANTE INGRESADA POR GRIPE A(6,7,8)

Está indicado en los casos de sospecha clínica o infección confirmada. Si el frotis nasofaríngeo es negativo, se puede interrumpir el tratamiento.

El fármaco de elección es OSELTAMIVIR (Tamiflu®): 75 mg cada 12 horas vía oral durante 5 días (según valoración individual, se prolongará la duración del tratamiento en caso de que la sintomatología no ceda).

El tratamiento con Zanamivir (2 inhalaciones de 5 mg /12h durante 5 días) se considera de segunda elección ya que no se absorbe y por tanto no tiene actividad sistémica.

La eficacia del tratamiento es máxima cuando se administra dentro de las primeras 48 horas. Por tanto, es necesario informar a las embarazadas sobre los síntomas de gripe y la necesidad de acudir precozmente a su médico.

No debe olvidarse el tratamiento sintomático de la fiebre, mediante antipiréticos (siendo de elección el PARACETAMOL 1 gramo cada 8 horas oral) o multivitamínicos que contengan ácido fólico, puesto que se conoce que la fiebre materna durante el primer trimestre duplica el riesgo de que el feto presente defectos del tubo neural y puede estar asociada a otros defectos congénitos y eventos adversos.

8.PREVENCIÓN EN EL ÁMBITO LABORAL Y SANITARIO(6)

El lugar de trabajo puede constituir, en determinadas circunstancias, un ámbito de riesgo laboral de infección por el virus de la nueva gripe A H1N1 también para la mujer embarazada. La legislación española establece la protección del embarazo y el período de lactancia frente a una lista no exhaustiva de factores de riesgo de origen laboral, entre los que se incluye la exposición a agentes biológicos, incluyendo los orthomyxoviridae, virus de la influenza tipos A, B y C. La normativa vigente establece que el empresario deberá determinar la naturaleza, el grado y la duración de la exposición de las trabajadoras con riesgo específico para dicha exposición, para poder apreciar cualquier riesgo para la seguridad o la salud, así como cualquier repercusión sobre el embarazo o la lactancia de dichas trabajadoras y determinar, en su caso, las medidas que deberán adoptarse. Las actuaciones en el ámbito laboral incluyen:

1. La evaluación de riesgos de los puestos de trabajo para la mujer embarazada y en período de lactancia, en este caso de infección por el virus de la nueva gripe A H1N1.
2. En caso de que los resultados de la evaluación revelen un riesgo para la seguridad y la salud o una posible repercusión sobre el embarazo o la lactancia de las trabajadoras, deberá adoptar medidas para evitar la exposición a través de una adaptación de las condiciones de trabajo.
3. Cuando esa adaptación no resultase posible o suficientemente eficaz en la protección de la embarazada o del feto, como segundo escalón en este árbol de intervenciones, se situaría el cambio de puesto de trabajo o función, a otro exento del riesgo.
4. Por último, si esto último no es posible, se recurriría a la suspensión del contrato por riesgo durante el embarazo, acogiéndose al subsidio por este motivo riesgo, siendo la prestación por contingencia profesional que será gestionada por la Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales.

En cuanto a la prevención de la infección por el virus de la nueva gripe A H1N1, el riesgo de infectarse puede reducirse mediante las siguientes medidas:

- Lavarse las manos frecuentemente con agua y jabón
- Evitar o reducir el contacto con personas con gripe
- Cualquier trabajador con gripe debe quedarse en casa..
- Cubrirse la nariz y la boca con pañuelos de un solo uso o mascarilla al toser o estornudar, tirarlos a la basura, y lavarse las manos después de toser o estornudar

- Evitar, si es posible, ambientes muy concurridos donde haya brotes de la nueva gripe A H1N1
- Utilizar mascarillas y otras medidas de protección correctamente, cuando sean necesarias
- Procurar, siempre que sea posible, una buena ventilación de los espacios cerrados.

El lugar de trabajo puede clasificarse del siguiente modo, de acuerdo al riesgo de infección por el virus de la nueva gripe H1N1:

1. Riesgo bajo (no existe riesgo derivado de la actividad laboral): no requieren atención al público o contacto con otras personas (compañeros de trabajo, clientes, etc.) a menos de 1 metro de manera frecuente y continuada. En este caso, no habrá que tomar medidas especiales para mujeres embarazadas.
2. Riesgo medio: requieren el contacto frecuente a menos de un metro de distancia con personas presumiblemente no infectadas (compañeros de trabajo, público en general, alumnos, etc.). En estos casos, se recomienda:
 - Establecer medidas para que las trabajadoras embarazadas puedan mantenerse a más de 1 metro de distancia de las otras personas
 - Establecer barreras físicas con los clientes siempre que sea posible
 - Fomentar cambios en los procedimientos de trabajo que faciliten el trabajo a distancia (información telefónica no presencial, en línea, etc.)
3. Riesgo alto: cuando este contacto es con pacientes con sospecha o confirmación de infección por el virus de la nueva gripe A H1N1, como el personal sanitario de hospitales y centros de atención primaria (médicos, enfermeras, terapeutas respiratorios, técnicos de laboratorio, etc.). En este caso se tomarán las siguientes medidas:
 - Adaptación y mejora de los lugares de trabajo, y utilización de los equipos de protección personal.
 - Reubicación de las mujeres embarazadas que trabajen en contacto directo con pacientes con gripe. En cualquier caso, las mujeres embarazadas no deberían participar en procedimientos de riesgo elevado (intubación, maniobras de reanimación, toma de muestras respiratorias, ventilación manual, aspiración nasofaríngea y traqueal, broncoscopia, nebulizaciones, inducción del esputo, fisioterapia torácica, curas de traqueotomía, cirugía y procedimientos post mortem con instrumentos que funcionen a alta velocidad o cualquier otra maniobra que genere aerosoles).

9.VACUNACIÓN ANTI-GRIPAL(9)

Se desconoce si la vacunación frente a la gripe estacional puede conferir un cierto grado de protección frente a la nueva gripe o reducir el riesgo de complicaciones en los pacientes que se infecten por el virus de la nueva gripe.

La vacunación antigripal está indicada en embarazadas de más de 14 semanas y, aunque hasta el momento no se dispone de una vacuna contra el nuevo virus de la gripe A H1/N1.

Sin embargo, **en estos momentos se está elaborando una vacuna contra la nueva influenza H1N1 que puede estar disponible para el público en el otoño.**

La vacuna contra la nueva influenza H1N1 no está destinada a ser un sustituto de la vacuna contra la influenza estacional, sino que se recomienda administrarla junto a esta.

Esta será muy recomendable, por lo riesgos que supone la infección durante el embarazo, siempre y cuando sea demostrado su eficacia e inocuidad.

10.LACTANCIA

La lactancia materna, según recomendaciones del CDC, debe ser aconsejada siempre ya que(10):

- Los recién nacidos que no toman lactancia materna son más vulnerables a infecciones y a hospitalización por patología respiratoria severa.
- La lactancia materna transfiere anticuerpos maternos al recién nacido.
- No hay datos de transmisión de la gripe a través de la leche materna.
- El tratamiento o la profilaxis con medicamentos antivirales no se considera una contraindicación para la lactancia materna.

Se conoce poco sobre la prevención de la gripe A H1/N1 en recién nacidos aunque se recomienda que sólo los adultos que no presentan la enfermedad sean los que cuiden de ellos, incluyendo la alimentación. En caso de enfermedad materna, se recomienda extremar las medidas higiénicas para evitar la transmisión de la infección al recién nacido, mediante un correcto y frecuente lavado de manos, así como la utilización de mascarillas faciales cuando la madre esté en contacto con el recién nacido. También se puede aconsejar la extracción de leche materna y alimentar al neonato con biberón.

11. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Jamieson DJ, Honein MA, Rasmussen SA, Williams JL, Swerdlow DL, Biggerstaff MS, et al. *H1N1 2009 influenza virus infection during pregnancy in the USA*. Lancet 2009;374:451-458.
2. Pandemic influenza in pregnant women. Pandemic (H1N1) 2009 briefing note 5. WHO. July 2009.
3. La gripe A(H1N1) en mujeres embarazadas. Prof. Pedro Ación. www.acienginecologia.com. Agosto 2009.
4. Dossier informativo Gripe A para el Comité Asesor Clínico. Dirección de Salud Pública. Departamento de Sanidad y Consumo. Gobierno Vasco. Agosto 2009.
5. Protocolo de Actuación sobre Gripe a (H1N1) y Embarazo en Hospital Clínico San Carlos-Madrid. Lydia Pilar, Estefania Ruipérez, Paloma García, Nuria Celis, Julia Chamorro, Miriam de la Puente, Miguel Angel Herraiz. Agosto 2009.
6. Prevención de la infección por el nuevo virus de la gripe A H1N1 en la mujer embarazada con especial atención al medio laboral y sanitario. Ferrán Segura, Alex Soriano, Marta Zimmermann, Ana García Alvarez, Consol Serra, Fermín Garcia Rodriguez, Mercedes Jañez, Antonio García Burguillo, Isabel Caamaño. (Hospital la Paz y Hospital 12 Octubre). Julio 2009.
7. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Actualización de la nota informativa sobre la preparación y administración de oseltamivir y zanamivir en niños menores de 1 año, gestantes y mujeres en periodo de lactancia, y personas con problemas de deglución. 7 de Agosto de 2009.
8. Recommended use of antivirals. Pandemic (H1N1) 2009 briefing note 8. WHO. August 2009.
9. CDC News room Press Release. June 2009.
10. CDC News room Press Release. July 2009.

ANEXO 1.

“GRIPE A: RECOMENDACIONES DEL CDC PARA MUJERES GESTANTES”

***¿Qué ocurre si me infecto por este nuevo virus y estoy embarazada?**

No se sabe si este nuevo virus causará más posibilidades de enfermarse o tener problemas graves. Tampoco se sabe cómo este nuevo virus afectará al bebé. Pero lo que sí se sabe es que las mujeres embarazadas tienen más probabilidades de enfermarse y tener problemas más graves que el resto de las mujeres con la gripe estacional. No se sabe si este virus se comportará del mismo modo que la gripe estacional, por lo que se deben realizar todas las medidas preventivas.

***¿Qué puedo hacer para protegerme a mí misma, mi bebé y mi familia?**

Siga estas medidas preventivas todos los días para ayudar a prevenir la propagación de gérmenes y proteger su salud:

- Cúbrase la nariz y la boca con un pañuelo desechable cuando tosa o estornude, o estornude en su manga si no dispone de pañuelo. Tire el pañuelo a la basura después de usarlo.
- Lávese las manos frecuentemente con agua tibia y jabón, especialmente después de toser o estornudar. El gel de limpieza a base de alcohol es bueno para limpiarse las manos.
- Evite tocarse los ojos, la nariz o la boca. De este modo evitará la propagación de gérmenes.
- Trate de evitar el contacto directo con personas enfermas. (Si usted está embarazada y vive o tiene contacto cercano con alguien que tiene gripe H1N1, Gripe A, hable con su médico de Atención Primaria acerca de los medicamentos para prevenir la gripe.)
- Evite compartir objetos de uso personal.
- Ventile las habitaciones cerradas frecuentemente.

***¿Cuáles son los síntomas de H1N1?**

Los síntomas, iguales a los de la gripe estacional, son los siguientes:

- Fiebre
- Tos
- Dolor de garganta
- Dolores en el cuerpo
- Dolores de cabeza
- Escalofríos y cansancio
- A veces, diarrea y vómitos.

***¿Qué debo hacer si me enfermo?**

- Si hay gripe A en su comunidad preste atención a su cuerpo y a cómo se siente.
- Si usted se enferma con síntomas de gripe, permanezca en su casa, limite el contacto con otros, y llame a su médico de Atención Primaria. Su médico de Atención Primaria decidirá el tratamiento que necesita. Las pruebas pueden incluir una muestra nasal que es mejor hacer en los primeros días de enfermarse. Al igual que la gripe estacional, la gripe H1N1 (A) puede hacer que otros problemas médicos empeoren.
- Si usted está sola, tenga a alguien de contacto por si usted se siente enferma. Ésta es siempre una buena idea.
- Si usted tiene contacto cercano con alguien que tiene gripe H1N1 o estuvo expuesta a la gripe H1N1, póngase en contacto con su médico de Atención Primaria para informarse de si necesita tratamiento para reducir sus probabilidades de contraer la gripe.

***¿Cómo se trata la gripe H1N1?**

· Hay que tratar cualquier fiebre enseguida. Paracetamol 1g/8h vo es el mejor tratamiento de la fiebre en el embarazo.

· Tome muchos líquidos para reemplazar a aquellos que se pierden cuando se está enferma.

· Su médico de Atención Primaria decidirá si usted necesita medicamentos antivirales como Tamiflu ® (oseltamivir) y Relenza ® (zanamivir). Estos medicamentos pueden hacer que usted se sienta mejor más rápido y hacer que sus síntomas sean leves.

· Estos medicamentos funcionan mejor si se toman poco después de comenzar los síntomas (en el plazo de dos días), pero también pueden darse a personas muy enfermas o personas de alto riesgo (como mujeres embarazadas), incluso después de 48 horas. El tratamiento antiviral se toma durante 5 días.

· Tamiflu ® y Relenza ® también se usan para prevenir la gripe H1N1 y se toman durante 10 días.

· Hay poca información acerca del efecto de los fármacos antivirales en las mujeres embarazadas o sus hijos, pero no hay efectos graves secundarios notificados. Si usted cree que ha tenido un efecto secundario de medicamentos antivirales, llame a su médico de Atención Primaria enseguida.

***¿Cuándo debo acudir al Hospital?**

Si usted tiene alguno de estos síntomas, acuda al Hospital de inmediato:

- Dificultad para respirar o falta de aliento
- Dolor o presión en el pecho o el abdomen
- Mareos repentinos
- Confusión
- Vómitos persistentes
- Disminución de los movimientos de su bebé.
- Fiebre alta que no responde a Paracetamol

***¿Cómo debo alimentar a mi bebé?**

La gripe puede ser muy grave en los bebés pequeños. Los bebés que son amamantados no se enferman, o se enferman menos de la gripe que los bebés que no son amamantados.

La lactancia materna protege a los bebés. La leche materna transmite anticuerpos de la madre al bebé. Los anticuerpos ayudan a luchar contra la infección.

***¿Está bien amamantar a mi bebé si estoy enferma?**

- La leche materna está especialmente hecha para luchar contra las enfermedades en su hijo. Esto es realmente importante en los bebés pequeños cuando su sistema inmunológico está todavía creciendo.
- No deje de amamantar si está enferma. Amamantar pronto y con frecuencia. Esto ayudará a proteger a su bebé de la infección.
- Tenga cuidado de no toser o estornudar en la cara del bebé, lávese las manos frecuentemente con agua y jabón.
- Su médico puede proporcionarle una mascarilla para evitar la difusión de este nuevo virus a su bebé.
- Si usted está demasiado enferma para amamantar, utilice un sacaleches y que alguien que no esté infectado le de leche a su bebé.

***¿Es correcto tomar un medicamento para tratar o prevenir la gripe H1N1, mientras se está en la lactancia materna?**

Sí. Las madres que están en período de lactancia pueden continuar amamantando a sus bebés al tiempo que se tratan de la gripe.

